

ДУ «Інститут урології
Національної академії медичних наук України»
ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»

Том 22,
№ 3, 2018
(86) 1997 р.

Видається з січня 1997 року
Періодичність — 4 рази на рік



НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ
УРОЛОГІВ, АНДРОЛОГІВ ТА НЕФРОЛОГІВ

Дніпро
2018



РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Головний редактор

С.О. Возіанов

Заступник головного редактора

В.П. Стусь

Відповідальний секретар

М.Ю. Поліон

Члени редколегії:

**С.І. Баранник, І.І. Горпинченко,
Ф.І. Костєв, В.М. Лісовий,
О.О. Люлько, С.П. Пасєчніков,
В.Ф. Петербургський,
Л.А. Пиріг, А.М. Романенко,
Н.О. Сайдакова**

Редакційна рада:

**О.І. Аполіхін (Москва, Росія)
В.І. Бачурін (Запоріжжя)
Анджей Боровка (Варшава, Польща)
О.В. Говоров (Москва, Росія)
В.М. Григоренко (Київ)
Ю.М. Гурженко (Київ)
В.С. Дзюрак (Київ)
В.І. Зайцев (Чернівці)
М.О. Колесник (Київ)
Марек Ліпінські (Лодзь, Польща)
Є.А. Литвинєць (Івано-Франківськ)
О.Г. Резніков (Київ)
В.С. Сакало (Київ)
Л.П. Саричев (Полтава)
Е.О. Стаховський (Київ)
Ф. Тартари (Тирана, Албанія)
М.І. Ухаль (Одеса)
Петр Хлоста (Краків, Польща)
В.В. Черненко (Київ)
О.В. Шуляк (Київ)**

**Адреса редакції:
вул. Вернадського, 9, к. 52
м. Дніпро, 49044**

**Тел./факс секретаріату:
+38 (0562) 46-30-93
+38 (056) 756-95-26**

**urology.dma.dp.ua
e-mail: urologyjournal@yahoo.com
polion@bigmir.net**

Засновники:
ДУ «Інститут урології
Національної академії медичних наук України»,
ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»

Реєстраційне свідоцтво:
серія KB № 2374 від 15.01.1997 року

Постановою президії ВАК України
№ 528 від 12.05.2015 журнал «Урологія»
включено до переліку видань,
в яких можуть публікуватися
основні результати дисертаційних робіт

Журнал зареєстровано в міжнародних
наукометричних базах даних:
РІНЦ (Russian Science Citation Index),
«Джерело» та Google Scholar

Наклад 500 прим.
Затверджено на засіданні Вченої ради
ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»
20.09.2018 р. (протокол № 1)
Підписано до друку: 27.09.2018 р.

Журнал розповсюджується за передплатою

Передплатний індекс 48350

*Передруковувати матеріали
із журналу «Урологія»
можна лише з дозволу редакції*

*Віддруковано в ТОВ «Роял Принт»
вул. Артільна, 9, м. Дніпро, 49081
тел. (056) 794-61-04(05)
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
серія ДК № 4121 від 27.07.2011*

ISSN 2307-5279



8 6 >

9

772307 527009

ВИПАДКИ З ПРАКТИКИ

Ю.П. Серняк, О.І. Литвінов,
Ю.В. Гонцов, А.І. Сагалевич,
О.С. Фролов, Р.В. Іщук

Випадок із практики. Цистектомія з
формуванням ортотопічного ілеального
сечового міхура у хворой з
везиковагінальною норницею після
комбінованого лікування з приводу Ca
colli uteri T₃N₀M₀ St II, кл. гр. III

ІСТОРІЯ УРОЛОГІЇ

В.П. Стусь, С.А. Рыженко

История развития урологической службы
Днепропетровской областной больницы
им. И.И. Мечникова (к 220-летию
со дня основания больницы)

З'ЇЗДИ, КОНФЕРЕНЦІЇ, СИМПОЗІУМИ

Матеріали науково-практичної
конференції «Сучасні методи діагностики
та лікування в урології, андрології
та онкоурології», м. Дніпро,
4–5 жовтня 2018 р.

Научно-практическая конференция
«Урология, андрология, нефрология —
достижения, проблемы, пути решения»,
г. Харьков, 24–25 мая 2018 г.

НЕКРОЛОГ

CASE STUDIES

91 Yu.P. Seryak, O.I. Litvinov,
Yu.V. Gonzov, A.I. Sagalevich,
O.S. Frolov, R.V. Ischuk

A case from practice. Cystectomy with
the formation of an orthotopic ileal
bladder by Studer method in a patient
with vesico-vaginal fistula after
combined treatment for Ca colli uteri
T₃N₀M₀ St II, cl. gr. III

HISTORY OF UROLOGY

99 V.P. Stus, S.A. Ryzhenko

History of the urological service of the
Dnepropetrovsk Oblast Hospital named
after. I.I. Mechnikov (on the 220th
anniversary of the foundation of the
hospital)

CONGRESSES AND CONFERENCES

112 Material of scientific and practical
conference “Modern methods of diagnosis
and treatment in urology, andrology and
oncurology”, Dnipro, 4–5 October 2018

207 Scientific and practical conference
“Urology, andrology, nephrology —
achievements, problems, solutions”,
Kharkiv, 24–25 May 2018

214 OBITUARY

ту ця кількість повинна бути збільшена, виходячи із актуальних потреб організму.

Подальші рекомендації залежать від типу солей, які визначені у сечі, і примусили клініциста встановити діагноз сольовий діатез. Дієта при присутності значної кількості оксалатів потребує елімінації із раціону продуктів, багатих на щавлеву кислоту (ревінь, інжир, щавель, томати, шпінат), а збільшення рівня уратів передбачає зменшення вживання м'яса, субпродуктів, а також бобів, шоколаду, кави і какао.

Слід враховувати, що деяка кількість органічних солей через гепатобіліарну систему виділяється у просвіт кишківника, після чого знову всмоктується в кров. Аби розірвати це коло, при лікуванні сольового діатезу призначають ентеросорбенти, які абсорбують токсичні компоненти і виводять їх із організму.

Незважаючи на бурхливий розвиток хімії, винахід нових лікувальних препаратів, лікувальні трави посідають важливе місце в лікуванні захворювань нирок, сечокам'яної хвороби та сечових діатезів в особистості. Лікувальні якості рослин обумовлені присутністю в них різноманітних за складом і структурою хімічних речовин (алкалоїдів, глікозидів, вітамінів, ферментів, дубильних речовин, ефірних олій, мікроелементів тощо), які позитивно впливають на організм.

В якості фітотерапії ми використовуємо збір лікувальних рослин, до складу якого входили: трава душиці — 10 г, звіробою — 10 г, споришу — 30 г, м'яти — 10 г, чабрецю — 10 г, пустирнику — 10 г, листя ожини — 20 г, суниці — 20 г, смородини — 20 г, мати-й-мачухи — 10 г, малини — 20 г, квіти ромашки — 10 г, плоди шипшини — 40 г, плоди глоду — 10 г. Лікувальний збір було використано при лікуванні 98 хворих на сечовий діатез. Збір використовували у вигляді звареного і настояного протягом 10–15 хвилин чаю. Пацієнти приймали його вранці після сніданку та вдень після обіду по 200 мл.

Динамічне спостереження за пацієнтами показало збільшення добового діурезу на $14 \pm 2,3\%$ ($P < 0,02$), зменшення больового фактора, інтенсивності макрогематурії, відзначали збільшення виходу сечового піску за кожним сечопуском. Під час комплексного вивчення біохімічних показників крові було відзначено відносно зменшення вмісту азотистих шлаків (сечовини, азота сечовини, креатиніну) на $8 \pm 1,8\%$ ($P < 0,05$), відзначено зменшення на $6 \pm 1,4\%$ ($P < 0,02$) таких показників як загальний білірубін, холестерин, білки крові, що пов'язано із механічним розведенням за рахунок вживання більшої кількості рідини. У той же час не відзначено зниження концентрації основних електролітів крові, що важливо відносно збереження електролітного балансу. Поліпшилися також показники проби Реберга-Треєва, що свідчило про поліпшення секреторної функції нирок. Для лікування різних форм сечового діатезу використовували також готові офіційні форми лікувальних препаратів на основі лікувальних трав вітчизняного та імпорного виробництва.

Висновки. Першим напрямком лікування сольового діатезу є корекція раціону харчування, використання індивідуальної дієти відповідно до складу солей, що виходять із сечею. Це і самий простий, але одночасно і самий складний шлях у раціональному лікуванні сольового діатезу: цілеспрямовані дії повинні бути постійними і регулярними. Другий напрямок лікування сольового діатезу раціональний і адекватний вибір лікувальних заходів для покращення спроможності нирок очищати кров, проводити очищення організму, виводити із сечею різноманітні солі. До схеми лікування сольового діатезу також необхідно залучати фітотерапію (призначати фітопрепарати, які мають м'яку сечогінну дію) та диуретики, проте, і збори лікарських трав, і лікарські заходи з диуретичним ефектом повинен призначати лікар.

МЕДИКАМЕНТОЗНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПОРУШЕНЬ КРОВОТОКУ НИРОК З ОДНОБІЧНИМ ЇХ УРАЖЕННЯМ

В.П. Стусь, К.С. Бараннік

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Вступ. Аналіз літературних джерел, проведені попередні власні дослідження переконливо довели, що одностороннє ураження парного органа нирок будь-яким патологічним процесом впли-

ває на стан кровообігу в паренхімі нирок. Останній не тільки призводить до порушення функціонального стану ураженої нирки, але й обумовлює розвиток патологічних морфологічних

змін тканини нирки. Проте, негативного впливу зазнає і протилежна нирка. Останнє стає додатковою причиною до уповільнення компенсаторно-приспосовних реакцій на відновлення функції парного органа. Порушення кровотоку в обох нирках при однобічному їх ураженні обумовлене, насамперед, патологічним впливом захворювання на уражену нирку і розвитком через рено-ренальний рефлекс стійкого спазму судин паренхіми контралатеральної нирки (особливо у випадках гострого захворювання). Викид у кровообіг вазоактивних речовин обумовлює низку судинних реакцій, чергування вазоконстрикції і вазодилатації порушують перебіг адекватних пристосовних реакцій на відновлення кровообігу у нирках. Додатковий вплив оперативного втручання також впливає на адекватне відновлення сумарної функції нирок. Позитивно вплинути на стан кровообігу можна двома шляхами: поліпшення реологічних властивостей крові та запобігання або зменшення спазму судин ниркової паренхіми, які слід ефективно проводити протягом періопераційного періоду та у віддалені строки після операції.

Мета дослідження: провести аналіз і клінічно оцінити спосіб періопераційної корекції ниркового кровотоку у пацієнтів з однобічним ураженням нирок.

Матеріали та методи дослідження. Клінічне дослідження проведене у 58 пацієнтів віком від 18 до 65 років з однобічним ураженням нирок, які отримували оперативне лікування згідно з протоколами надання медичної допомоги конкретної патології, а також додатковими заходами періопераційного поліпшення стану кровотоку в паренхімі обох нирок.

Всім хворим за допомогою апарату Philips HD11xE проводили доплерографічне обстеження ниркових артерій з метою визначення стану кровообігу паренхіми нирок тричі протягом періопераційного періоду. Для визначення стану ниркової гемодинаміки оцінювали такі показники, як максимальна систолічна швидкість артеріального потоку (V_{\max}), кінцева діастолічна швидкість (V_{\min}). При аналізі доплерограм також визначали індекси: індекс резистентності (ІР), пульсаційний індекс (ПІ), показник систоло-діастолічного співвідношення (СД). При кількісному аналізі ренографії визначали тривалість судинного сегмента (20–60 с); час досягнення максимального рівня кривої T_{\max} (3–5 хв.), час напіввиведення ^{131}I -гіппурану із нирок — $T_{1/2}$ (8–12 хв.).

Результати дослідження. З урахуванням вищезазначеного нами була використана і ап-

робована наступна схема періопераційного способу корекції кровотоку обох нирок при однобічному ураженні, що потребує оперативного втручання. Всі пацієнти отримували лікування згідно з протоколами надання медичної допомоги відповідно до виду захворювання. Оперативне втручання проводили в адекватному обсязі, спрямованому на усунення патологічного процесу і його наслідків із проведенням інтраопераційних заходів на відновлення функціонального стану ураженої нирки. З урахуванням отриманих результатів клінічного дослідження кровотоку, експериментальних даних з моделювання патологічних станів зі стійким порушенням кровотоку і уродинаміки, було визначено строки найбільшого розладу кровообігу: 3-я, 7-ма–10-та, 14-та доба. Для усунення спазму судин ниркової паренхіми призначали препарати, які належать до групи симпатолітичних речовин та не обумовлюють адренолітичного впливу (орнід, пірроксан). Їх використовували за 3 доби до оперативного втручання і протягом 2 тижнів після операції. Обов'язковим було призначення антикоагулянтів (клексан, фраксипарин, дальтепарин) перед оперативним втручанням та протягом 3 діб після операції. У післяопераційному періоді протягом 2 тижнів призначали дезагреганти (кавінтон, трентал, пентоксифілін). У віддалений післяопераційний період до 3–4 місяців пропонували пацієнтам прийом фітопрепаратів, які мають протизапальну, спазмолітичну, антисептичну дію. Для контролю за якістю відновлення кровообігу у паренхімі нирок після повної активізації пацієнтів після операції на 10–14-ту добу проводили вивчення стану кровотоку за допомогою УЗДД або радіоізотопної ренографії. Розроблений спосіб використаний при лікуванні 50 пацієнтів з однобічним ураженням нирок.

Після проведення періопераційної корекції ниркового кровотоку у пацієнтів із однобічним ураженням нирки на 10–14-ту добу відзначено зменшення показника ІР на нирковій артерії ураженої нирки до $0,64 \pm 0,24$ проти $0,69 \pm 0,09$, на сегментарних артеріях індекс резистентності збільшився до $0,50 \pm 0,16$ проти $0,47 \pm 0,08$, а на міждолькових артеріях складав $0,45 \pm 0,24$ проти $0,41 \pm 0,08$. Ці дані свідчать про покращення кровотоку, але це покращення більше стосувалося наслідків проведеного оперативного лікування з усуненням патологічного процесу. Зміни показника протилежної здорової нирки були наступні. На нирковій артерії його значення становило $0,55 \pm 0,14$ проти початкового значення $0,57 \pm 0,16$, на сегментарних артеріях — $0,29 \pm 0,24$ проти $0,31 \pm 0,06$, а на міждолькових артеріях —

0,29±0,16 проти 0,31±0,06. Тобто зміни планомірно відзначали покращення кровотоку на 7–8%.

Висновки. Застосування медикаментозної корекції кровотоку у нирках пацієнтів із одно-

бічним їх ураженням у періопераційному періоді дозволяє не тільки покращити його на 7–8%, але й створити сприятливі умови до адекватних пристосовно-компенсаторних реакцій на відновлення функціонального стану обох нирок.

ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ГОСТРОГО ОБТУРАЦІЙНОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ ПІСЛЯ ДИСТАНЦІЙНОЇ ЛІТОТРИПСІЇ

В.П. Стусь ¹, К.С. Бараннік ¹, Є.П. Українець ², А.М. Фрідберг ^{1,2}

¹ ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

² КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова»

Вступ. Гострий обтураційний пієлонефрит виникає через обструкцію сечоводу каменем або уламками зруйнованого каменя після дистанційної літотрипсії (ДЛТ). Його розвитку сприяють: присутність інфекції верхніх сечових шляхів до проведення сеансу літотрипсії (або її вивільнення із внутрішніх шарів зруйнованого каменя), а також радіарне розповсюдження ударної хвилі від ниркової миски за чашками з її руйнівними наслідками в паренхімі, які особливо визначаються на межі мозкової та кіркової речовин. Крім того, вплив ударної хвилі на ниркові пиптики обумовлює пошкодження їх замикального апарату і створює умови для розвитку рефлюксної уропатії. Розвиток гнійно-септичних ускладнень на тлі обструкції сечових шляхів може призвести до уросепсису, бактеріємичного шоку, як прояву або наслідку загострення уросепсису.

Матеріали та методи дослідження. Проведений аналіз лікування 198 хворих із порушенням уродинаміки верхніх сечових шляхів після ДЛТ, що ускладнилось гострим обтураційним пієлонефритом у 39 хворих. Вік хворих від 21 до 64 років. Усунення обструкції проводили за допомогою стентування сечоводу з боку обструкції (20 хворих) або виконання пункційної нефростомії (13 хворих). У 26 хворих перебіг запального процесу був за септичним типом і у 11 хворих розвинулась картина бактеріємичного шоку. Серед них 6 хворим виконано відкрите оперативне втручання, у 5 — обструкція усунута за допомогою пункційної нефростомії. Всі хворі отримували комплексне лікування уросепсису згідно зі стандартами, із застосуванням способів детоксикації та ультрафіолетового опромінення крові (УФОК). Помер один хворий.

Обговорення результатів. Перше завдання, яке слід вирішувати терміново, полягає у своє-

часному та адекватному відновленні порушеної уродинаміки з боку обструкції. Якщо ліквідувати перешкоду катетеризацією сечоводу було неможливим, проводили ендовезикальну уретеролітоекстракцію або уретеролітолапаксію з наступним установленням стента. Відсутність позитивного результату від цих заходів було прямим показанням для проведення черезшкірної пункційної нефростомії під УЗ-контролем, що було виконано 13 хворим. Раннє усунення порушеної уродинаміки дозволило у 159 хворих (80,5%) попередити розвиток гострого пієлонефриту. Тому своєчасне виконання черезшкірної пункційної нефростомії під УЗ-контролем вважаємо цілком виправданою маніпуляцією.

Розвиток гнійно-септичних ускладнень на тлі невідновленої уродинаміки призводить до уросепсису, раннім проявом якого є бактеріємичний шок. Бактеріємичний шок (11 хворих) розвивався одразу після масивної інвазії або через декілька годин і навіть діб. За обов'язковий перелік лікувальних заходів стосовно терапії бактеріємичного шоку ми вважаємо такі: 1) хірургічна санація вогнища інфекції; 2) масивна адекватна антибіотикотерапія згідно з антибіотикограмою; 3) корекція гемодинамічних порушень; 4) фармакологічний захист нирок; 5) використання інгібіторів протеолізу та імунотерапія; 6) використання екстракорпоральних заходів детоксикації крові.

У комплексі лікування треба розрізняти заходи боротьби із колапсом та інфекцією. Будь-яка антибактеріальна терапія не буде ефективною за умов збереження оклюзії. Тому хірургічне втручання спрямоване на негайне відновлення відтоку сечі, є основним провідним етапом лікування. Стабілізація стану хворого за